

II. Análisis de las redes de servicios de salud em Colombia

Capítulo 4. El acceso al continuo asistencial en las redes de servicios de salud desde el punto de vista de los actores sociales

Lilia Virginia García-Sánchez
Amparo Susana Mogollón-Pérez
María Luisa Vázquez Navarrete

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

GARCÍA-SÁNCHEZ, L. V., MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S., and VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L. El acceso al continuo asistencial en las redes de servicios de salud desde el punto de vista de los actores sociales. In: VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L., VARGAS LORENZO, I., MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S., SILVA, M. R. F., UNGER, J. P., and PAEPE, P., eds. *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil*. Un estudio de casos. [online]. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2018, pp. 63-98. Textos de Medicina y Ciencias de la Salud Collection. ISBN: 978-958-738-812-1. Available from: <https://books.scielo.org/id/xbqty/pdf/vazquez-9789587388121-12.pdf>. <https://doi.org/10.12804/tm9789587388121>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Capítulo 4

El acceso al continuo asistencial en las redes de servicios de salud desde el punto de vista de los actores sociales

LILIA VIRGINIA GARCÍA-SÁNCHEZ, AMPARO SUSANA
MOGOLLÓN-PÉREZ Y MARÍA LUISA VÁZQUEZ NAVARRETE

Los resultados de este capítulo responden al objetivo de analizar el acceso al continuo asistencial en las redes de servicios de salud desde el punto de vista de los distintos actores sociales: gerentes de aseguradoras (EPS) y de prestadores (IPS), profesionales de la salud y administrativos, así como usuarios de los servicios de salud. Para ello, se analizaron cuatro redes: dos en el municipio de Soacha (departamento de Cundinamarca) —redes 1-S y 4-C— y dos en la localidad de Kennedy (Bogotá, D.C.) —redes 2-S y 3-C—, que proporcionan atención a los regímenes subsidiado y contributivo en cada área, respectivamente. Los resultados aquí presentados se generaron mediante el estudio cualitativo sobre acceso y coordinación, basado en entrevistas individuales semiestructuradas a los distintos grupos de informantes. La descripción pormenorizada de los métodos de colecta y análisis de los datos se encuentra en el capítulo 2.

Los resultados se exponen en dos apartados. En el primero, se analiza la opinión sobre los factores relacionados con las políticas del sistema de salud que inciden sobre el acceso a los servicios de salud en general. El segundo contiene el análisis comparativo del acceso a la atención en las cuatro redes analizadas; incluye la percepción general sobre el acceso a la

atención en los diferentes niveles asistenciales y los factores que inciden, clasificados según se relacionen con las aseguradoras (EPS), prestadores de servicios de salud (IPS) o los usuarios.

En la descripción de los resultados, se enfatizan las semejanzas y diferencias entre redes, áreas geográficas y regímenes de aseguramiento e informantes, cuando se presentan. Para efectos de la descripción de datos, se equiparan los discursos de informantes de las IPS de I nivel de atención de las redes subsidiadas con los de las IPS ambulatorias de las redes contributivas y el II y III nivel de atención de las redes subsidiadas con la atención especializada de las redes contributivas.

Factores relacionados con las políticas del sistema de salud

En relación con las políticas del sistema de salud, los informantes de las cuatro redes identificaron el modelo de competencia gestionada y algunos elementos de las políticas de aseguramiento como los determinantes del acceso a los servicios de salud más significativos.

Modelo de competencia gestionada

Del discurso de los diversos informantes emergió con fuerza que la adopción de los principios del modelo de competencia gestionada genera múltiples barreras de acceso a los servicios de salud, relacionadas con el papel de intermediación de las aseguradoras (EPS) y la competencia entre proveedores (tabla 4.5). Atribuyen estas barreras a que el modelo convierte la provisión de la atención en salud en una mercancía sujeta a las leyes del mercado, y en el que la maximización de beneficios, rentabilidad económica y sostenibilidad financiera son los objetivos de las aseguradoras (EPS) y los prestadores de servicios de salud (IPS).

Por un lado, el papel de intermediación otorgado a las aseguradoras (EPS) les permite adoptar estrategias de control de la atención y en la compra de servicios a proveedores que privilegian la maximización de sus beneficios. Entre las estrategias de control de la atención se identifican los numerosos trámites y los tiempos de respuesta prolongados para la autorización de consultas médicas, pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos, que favorecen la maximización de beneficios económicos, ya que conducen a diagnósticos tardíos, deterioro de los cuadros clínicos de

los pacientes y a desincentivar la búsqueda de atención: *“Un paciente con un problema de una gastritis que requiere de una endoscopia para identificar cuál es la causa y se la dan seis meses después, y, cuando se la descubren, tiene una cáncer de estómago, ya es inoperable, incluso ya hizo metástasis, entonces, ya ¿para qué? Las EPS los posponen a tiempos indefinidos con el objeto de ahorrar costos y maximizar sus beneficios”* (gerente IPS I nivel de atención, Red 1-S). Esta actuación contrasta con la del Estado en su rol de garante de la atención de la población no asegurada, por la inexistencia en este caso de estrategias de control de la atención, según los profesionales de salud y administrativos de las IPS públicas de las redes subsidiadas, lo que favorece el acceso a los servicios de salud: *“En Bogotá, mientras se está vinculado, se está a cargo de la Secretaría y les va mejor que estando afiliados a una EPS subsidiada, pues las EPS subsidiadas ponen demasiado freno y no autorizan nada, y eso es una estrategia de contención de costos”* (profesional de salud IPS III nivel de atención/especializada, Red 2-S).

En segundo lugar, gerentes de IPS y profesionales de la salud señalan que la compra de servicios al menor valor tarifario posible como establecen las aseguradoras obliga al prestador a diseñar estrategias de control de costos excesivo, lo que afecta la calidad de los servicios ofertados: *“Si por un parto, me dan un paquete que incluye dos controles prenatales con un especialista, una atención de parto y/o cesárea, un control posparto con especialista y un control del niño con un pediatra, y por todo eso le dan a usted \$600.000, eso no alcanza. Entonces, usted, ¿qué hace?, pues que no puede tener personal bien pago, que, en vez de tener ginecólogos, tiene médicos generales para que le salga más barato”* (profesional de salud IPS especializada, Red 4-C).

Por otro lado, los prestadores de servicios, en su búsqueda de rentabilidad económica y sostenibilidad financiera, deben competir en dos niveles: entre proveedores públicos y privados, así como entre externos y propios de las redes. Gerentes de IPS indican que la competencia entre prestadores públicos y privados pone en desventaja a los primeros, debido a sus déficits de partida en cuanto a oferta de servicios, infraestructura y desarrollo tecnológico, lo que lleva a problemas en la oportunidad y en la calidad de los servicios prestados: *“En los hospitales públicos, que es donde debemos atender a la población más pobre y vulnerable, desafortunadamente no contamos con la infraestructura, y en esas condiciones para nosotros*

competir en el mercado es muy difícil, porque en eso se ha convertido la salud, en una competencia entre unos y otros” (gerente IPS I nivel de atención, Red 1-S). Además, los informantes de las IPS especializadas externas señalan una concentración de la atención en las IPS propias que atribuyen tanto a criterios tarifarios como a la posibilidad de implementar mayores estrategias de control de atención, con las que difícilmente pueden competir. El privilegio de la red propia conlleva como barrera de acceso la pérdida en la oportunidad de la atención: *“El fenómeno de la integración vertical que están teniendo las EPS, donde tienen sus propias redes y por no dar el chance a las clínicas privadas o al sector público, que fácilmente podrían hacer parte de su red, por el tema tarifario, o por cualquier otro tema solo de contención de costos, dejan todo en su propia red, afectando la oportunidad, la accesibilidad”* (gerente IPS atención especializada, Red 4-C).

Políticas de aseguramiento

Los elementos de las políticas de aseguramiento que emergen en el discurso de los distintos informantes como barreras al acceso a los servicios de salud son la limitada cobertura del Plan Obligatorio de Salud, el diseño segmentado del aseguramiento, la existencia de copagos y cuotas moderadoras, y la afiliación a un seguro de salud (EPS) (tabla 4.6).

Limitada cobertura del Plan Obligatorio de Salud (POS)

Las diferencias en el plan de beneficios entre regímenes, la asignación de la atención cubierta por el POS a determinados niveles asistenciales y la exclusión de prestaciones fueron los elementos que emergieron con mayor fuerza del discurso de los distintos actores como barreras para el acceso a los servicios de salud —principalmente referidos a la población afiliada al régimen subsidiado—, que persisten a pesar de la equiparación de los planes de beneficios para algunos grupos poblaciones.

En primer lugar, los informantes señalaron la mayor restricción de prestaciones para la población afiliada al régimen subsidiado, que limita la atención al I nivel y restringe el acceso efectivo a medicamentos, pruebas diagnósticas, atención especializada ambulatoria y servicios hospitalarios, lo cual se traduce en pérdida de la integralidad en la atención e interrupciones en la atención: *“Es mucho mejor estar en el régimen contributivo, empezando que el plan obligatorio de salud del contributivo es*

diferente al subsidiado. Entonces, el paciente contributivo tiene acceso a más medicamentos, a más ayudas diagnósticas y a más especialistas, que el que está en el subsidiado, cuando debería ser igual” (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C). Las diferencias en los planes de beneficios no solo se presentan entre regímenes, sino también en el interior del régimen subsidiado entre los que poseen subsidios totales y parciales. Para estos últimos, el POS solo cubre la atención a gestantes, parto y puerperio, menores de un año, enfermedades de alto costo, ortopedia y traumatología y medicamentos requeridos para tales fines, manteniéndose de igual manera el esquema de los copagos: *“El subsidio parcial solo opera para medicamentos, es una figura que sirve para menores de un año y para gestantes [...] los medicamentos me los cubren 100% sin copago, pero la consulta igual va con copago de acuerdo con el nivel, va como vinculado. El servicio y las redes de servicio son unos vinculados casi que totales, entonces, les mejora un poquito el acceso a medicamentos [...] pero realmente son vinculados. Entonces, el parcial no es que les haya solucionado, pues a la gestante y al niño menor de un año sí, claro, pero realmente no a los demás”* (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).

Otro problema identificado por gerentes y profesionales de salud de las IPS de I nivel es la asignación de las prestaciones a determinados niveles asistenciales, lo que implica que algunos medicamentos y pruebas diagnósticas que podrían ser prescritos por médicos generales se restringen a especialistas. Como consecuencia, para dar respuesta a un problema de salud, los usuarios deben recurrir a más de un profesional, lo que les incrementa el número de trámites, los tiempos de espera y el gasto de bolsillo: *“Un niño que necesita una amoxicilina con ácido clavulánico está, pero tiene que mandarlo el pediatra, o sea, nosotros como médicos generales tenemos limitación, pero el especialista no. Luego, ahí comienzan los recorridos de los usuarios por diversas instituciones y se generan nuevos trámites para acceder a los servicios”* (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).

Para la mayoría de los informantes, las normativas del sector salud excluyen procedimientos, intervenciones y medicamentos del POS a los que la población finalmente tiene derecho, vulnerando su derecho fundamental a la salud: *“Tenemos los eventos no POS [...] esa es una barrera de acceso demasiado violenta que está vulnerando el derecho constitucional*

a la salud” (profesional de salud IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S). Estas exclusiones generan un incremento en los trámites para acceder a los servicios, como las autorizaciones por parte de los comités técnico-científicos (CTC), que conllevan en algunos casos la interposición de mecanismos de exigibilidad jurídica como única alternativa para garantizar el acceso a las prestaciones requeridas: *“Hay algunas barreras, como los medicamentos no POS [...], hay que hacer cantidad trámites, pues lo no POS solamente lo tiene que hacer el comité técnico científico. Eso ha sido un factor que ha incrementado las tutelas”* (profesional de salud IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C). Finalmente, se señaló que, a pesar de la unificación de los planes de beneficio, persisten las restricciones en el acceso a algunas prestaciones, que los informantes atribuyen a la falta de claridad en sus contenidos y a que su implementación se ha dado por grupos poblacionales: *“Hay una zonas grises que aún quedan en este nuevo plan de beneficios [...] todavía existen ahí baches [...] que van en detrimento de una buena atención”* (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S); *“Ya homologaron una parte para la población menor de 18 años, entonces ya al menos a esta población yo ya le tengo que ofrecer lo que está en el POS, pero la demás población ¿qué?, también se enferma y necesita consultas especializadas que en el plan de beneficios del régimen subsidiado no le podemos ofrecer”* (gerente aseguradora, Red 2-S).

Diseño segmentado del aseguramiento

Los informantes de las redes subsidiadas identificaron que la existencia de dos entes responsables de garantizar la atención —la EPS-S para el POS-S y el ente territorial para lo no cubierto por el plan de beneficios— se constituye en una barrera de acceso, porque implica para el usuario un incremento en los trámites de autorización y en los tiempos de espera para la atención, en la medida en que contratan servicios con diferentes prestadores: *“Al paciente del POS subsidiado se lo cubre su EPS subsidiada con una red de prestación de servicios y lo que es no POS subsidiado se lo cubre el ente departamental, el ente territorial con otra red [...], entonces, le toca solicitar las autorizaciones, o sea, ir de lado a lado haciendo las cosas, lo que les genera mayores dificultades para acceder a los servicios de salud”* (gerente IPS I nivel de atención, Red 1-S).

Existencia de copagos y cuotas moderadoras

La mayoría de informantes considera que los copagos, tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo, restringen el acceso a los servicios de salud.

Para los usuarios del régimen subsidiado, se destaca que el pago de cuotas de recuperación para eventos no POS-S, así como los copagos de las consultas médicas de quienes poseen subsidios parciales, producen restricciones para el acceso a los servicios: *“Ellos en su carné del Sisbén traen un estrato, un nivel socioeconómico. Entonces, si es nivel 1, cancela el 5 %; si es nivel 2, el 10 %, aquí hay pacientes que obviamente carecen de recursos, \$20.000, \$30.000 para ellos es difícil tenerlos en su momento. Si el paciente requiere una hospitalización, que es un evento no POS, tiene que asumir el pago de una cuota de recuperación”* (profesional administrativo IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S); *“Para las personas que tienen subsidio parcial, la consulta igual va con copago de acuerdo al nivel, entonces va como un vinculado”* (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S).

En el régimen contributivo, los informantes indican que la población que devenga menores ingresos presenta dificultades para asumir el valor de los copagos y las cuotas moderadoras, ya que, por su condición socioeconómica, deben priorizar el tipo de necesidades básicas por satisfacer: *“Hay personas que no tienen los 1.700 o 2.000 pesos de nivel 1 para poder acceder ese día a una consulta [...], las personas dirán: ‘No me voy a gastar \$1.000 o \$2.000 en una consulta, porque es que tengo que darle el desayuno a mis hijos, o tengo que ir a trabajar al otro lado de Bogotá’; entonces, sí me parece que eso podría ser una de las barreras”* (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C).

Dificultades relacionadas con la afiliación a una aseguradora (EPS)

Los informantes identifican problemas durante el proceso de afiliación y posterior a este. En el primer caso, señalan que en el régimen subsidiado existe restricción de recursos para ampliar el número de afiliados, así como dificultades para la identificación de beneficiarios. En tanto que, tras la afiliación, destacan errores en la depuración de las bases de datos de afiliados en el régimen subsidiado y también en el contributivo y pérdida de la continuidad en la afiliación.

Durante el proceso de afiliación, gerentes de EPS e IPS indican que la restricción de los fondos disponibles en algunos entes territoriales para la financiación del régimen subsidiado limita la ampliación del número de afiliados y obliga a comenzar por determinados grupos poblacionales priorizados y a excluir otros con igualdad de derecho para ingresar a este régimen: *“El régimen subsidiado tiene recursos locales, entonces, en la medida en que se entregan recursos a las alcaldías, a los municipios, ellos podrán afiliar gente [...] hay unas listas de priorización [...]. Primero, tienen que afiliar a las embarazadas; luego, a los niños menores de tantos años; luego los viejitos; luego sí madres cabeza de familia; luego sí los hombres [...], pero la plata, como no alcanza para todo mundo, entonces, tu afiliarás un pedazo y los otros te quedan por fuera”* (gerente IPS atención especializada, Red 4-C).

Otro problema descrito por gerentes de EPS e IPS, profesionales de la salud y usuarios son los errores en la identificación de los beneficiarios del régimen subsidiado, que atribuyen a demoras en la aplicación de la encuesta Sisbén, a una valoración incorrecta del nivel socioeconómico y a la falta de control que permite el ingreso de personas con capacidad de pago: *“El régimen subsidiado está más corrompido que el óxido, es un sistema muy mal utilizado, igual que los programas estatales, Familias en Acción y todo aquello que se logre en el Sisbén [...]. Hay personas que, pudiendo aportar al contributivo, están en el subsidiado y hay otros que los afilian por tener recomendaciones de los políticos”* (gerente IPS atención especializada, Red 3-C).

Tras el proceso de afiliación al régimen subsidiado, la mayoría de los informantes señaló como principal problema la inexistencia de una base de datos depurada y actualizada a nivel gubernamental. Como causas se identifican la demora en el reporte de nuevas afiliaciones y retiros que deben efectuar las EPS-S al ente territorial y al Fosyga y en la notificación y actualización de los traslados de EPS-S por los entes territoriales. Como consecuencia para los usuarios, se produce una multiafiliación, con pérdida de cobertura y negación de servicios: *“Hay mucho problema con las bases de datos. La persona viene y consulta y está en el sistema, y a los quince días viene a consulta y ya no aparece. Pero eso [...] no es de las IPS, sino directamente de la EPS, es la base de datos de la EPS. Ellos lo que manifiestan es que constantemente están depurando personas fallecidas,*

personas que se han trasladado [...] bueno, no sé, todo lo que hacen con sus bases de datos, y de pronto, por alguna u otra cosa, sacan personas que no deberían sacar” (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 1-S).

El principal problema descrito en el régimen contributivo se relaciona con la falta de continuidad en la afiliación por desempleo o limitación económica para aportar al sistema, que genera pérdida de cobertura del aseguramiento y restricción para el acceso a los servicios de salud: *“El paciente que definitivamente se quedó sin poder cotizar y lleva tres meses ya no va a tener servicios en la EPS, pero tampoco va a poder ir a que sea atendido con recursos de la oferta [...], por eso, definitivamente el paciente que perdió la capacidad de cotización está expuesto a no ser atendido”* (gerente aseguradora, Red 3-C).

Percepción general del acceso a los servicios de salud en las redes de estudio

La mayoría de informantes coincide en que el acceso al continuo de servicios es complejo en las cuatro redes. No obstante, considera que el acceso al I nivel, aunque presenta dificultades, es mejor que a la atención especializada. Las barreras de acceso a los distintos niveles asistenciales se relacionan con las aseguradoras, los prestadores de servicios de salud y las características de la población, con algunas diferencias según el tipo de redes.

En cuanto a las aseguradoras (EPS), se identifican como barreras los mecanismos para el control de la atención y la compra de servicios a proveedores, con diferencias según el régimen de aseguramiento. En relación a los primeros, en las distintas redes se evidencia un elevado número de trámites para la autorización de las prestaciones POS y no POS, mayor en las redes subsidiadas y principalmente para la atención especializada; en tanto que en las redes contributivas predominan los límites al ejercicio profesional y en número de consultas. En cuanto a la compra de servicios, la contratación fragmentada y fuera del territorio genera en todas las redes barreras geográficas y económicas por el aumento de trámites, costos y tiempos de desplazamiento; situación que es más evidente en la atención especializada y en el municipio de Soacha, pues la mayoría de estos servicios se ofertan en la ciudad de Bogotá, es decir, fuera del municipio.

En relación con los prestadores (IPS), emergieron elementos estructurales y organizativos que inciden sobre el acceso a los servicios de salud, con diferencias según el tipo de red. A nivel estructural, se identifican problemas con la suficiencia de recursos (infraestructura y recursos humanos) y limitada accesibilidad geográfica, que emergen en mayor medida en las IPS públicas de las redes subsidiadas, principalmente las de Soacha y que se relacionan con problemas de financiación, falta de incentivos para laborar en el municipio y la baja oferta de servicios especializados en el territorio. En cuanto a los factores organizativos, los mecanismos para la asignación de citas son los que tienen mayor incidencia en el acceso y, en menor medida, los horarios para la atención. En relación al primero, se evidencian restricciones en los horarios y en el número de cupos asignados en las redes subsidiadas (aunque con algunos facilitadores para grupos especiales), con los tiempos de espera más prolongados para la atención especializada. Finalmente, las mayores dificultades con los horarios para la atención se describen en los centros de primer nivel, ubicados en las zonas marginales del municipio/localidad.

Como características de la población que influyen en el acceso, los informantes de las cuatro redes señalan la falta de recursos económicos como su principal obstáculo. No obstante, en las redes contributivas, aunque refieren limitaciones económicas para el acceso debidas al bajo nivel de ingresos, consideran que cuentan con mejor acceso a los servicios de salud por tratarse de población con capacidad de pago. Los prestadores de servicios, primordialmente de las redes subsidiadas, señalan el desconocimiento del sistema y uso inadecuado de los servicios como barreras al acceso.

Factores que influyen en el acceso a los servicios de salud de las redes

Factores relacionados con las aseguradoras (EPS)

Los mecanismos de control de la atención y el modelo de compra a proveedores establecido por las aseguradoras (EPS) emergen en el discurso de los informantes en las cuatro redes como factores que inciden de manera negativa en el acceso a los servicios de salud. No obstante, se aprecian diferencias según el tipo de redes (tablas 4.1 y 4.7).

Introducción de mecanismos de control de la atención

La mayoría de informantes identifica que las aseguradoras de las cuatro redes analizadas implantan estrategias de control de atención, que generan barreras al acceso, entre las que se destacan la autorización de servicios, los mecanismos de pago capitolativo del I nivel y los límites en la prestación de servicios. Por una parte, aunque presente en las cuatro redes, el elevado número de trámites para la autorización de las prestaciones POS y no POS resulta más crítico en las redes subsidiadas, y, por otra parte, principalmente para la atención especializada, los límites al ejercicio profesional y al número de consultas, predomina en las redes contributivas. De igual forma, se señala el pago capitolativo al primer nivel de atención y las auditorías como factores que limitan el acceso a los servicios.

En cuanto a la autorización de servicios, los profesionales de salud y gerentes de IPS de las cuatro redes identifican el exceso de trámites, que, junto a la falta de claridad en la ley respecto a las prestaciones POS y no POS, lleva a incrementos en los tiempos de espera para la atención y en costos para el usuario, tanto en el gasto de bolsillo, como en pérdida de tiempo; factores que en su conjunto desincentivan el uso de los servicios: *“Una respuesta del CTC puede demorar quince días, un mes, y eso es mucho tiempo para un paciente que requiere algo con urgencia [...], eso hace que el paciente pierda esa confianza en su EPS, porque va a decir: ‘Yo estoy mal o deterioré mi estado de salud por esa demora que hubo para contestar una hoja y decirme si o no se la aceptamos’* (profesional administrativo IPS atención especializada, Red 4-C). En una de las redes contributivas, se complejiza el proceso por añadir una autorización de la gerencia de la IPS de atención ambulatoria para las remisiones a urgencias y a subespecialidades contratadas con la red externa, lo que restringe el acceso oportuno a estos servicios: *“Cuando ya son remisiones a subespecialistas, esas remisiones sí las autoriza únicamente el gerente [...], él es quien toma la decisión de si autoriza o no autoriza”* (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).

Algunos entrevistados destacan para algunos grupos de pacientes (gestantes, pacientes con cáncer, VIH o enfermedades crónicas) que una vez inician tratamiento, la extensión de sus autorizaciones la solicita directamente el prestador al asegurador, lo que disminuye trámites para el usuario y favorece la continuidad en los tratamientos: *“Un renal,*

si no lo dializo, ¿qué pasa?, no puede esperar diez días [...], el prestador de renales no tiene que pedirme autorizaciones, el paciente va y él nos manda la relación y yo mensualmente les extiendo mis autorizaciones. Así pasa con VIH y con cáncer” (gerente IPS III nivel de atención/especializada, Red 2-S).

En lo relativo al sistema de pago, personal administrativo y de salud, así como gerentes, principalmente de IPS, encuentran que el pago capitativo predominante en la contratación del primer nivel de las cuatro redes, aunque disminuye el número de trámites, incentiva a limitar las prestaciones al paciente: *“Cuando se habla de las cápitas [...], pues sí me parecen bastante peligrosas, en la medida en que se vuelve un juego de mirar quién puede ahorrar más para poder tener la economía estable, eso hace que sea una forma de contratación muy riesgosa para la atención del paciente”* (profesional administrativo IPS atención especializada, Red 4-C).

En las redes contributivas, emergen del discurso de los profesionales de salud de las IPS de atención especializada externas y usuarios los límites establecidos para la prestación de servicios, tanto al ejercicio profesional, particularmente para la prescripción de medicamentos y pruebas diagnósticas, como para el número de consultas por usuario. Dichas prácticas incrementan los tiempos de espera para la atención y el riesgo de deterioro de las condiciones de salud de los pacientes: *“Este médico me decía que no tenía nada; lo mismo que los médicos generales, que no tenía desprendida la retina, pero, entonces, ahí sí no sé porque será eso: porque no se les da la gana a los médicos, o porque no saben, o por ahorrarle costos a la EPS, o porque les prohíben que manden tantas cosas, [...] yo creo que eso sí es así, la EPS les tiene prohibido hasta dónde pueden hacer, hasta dónde pueden ir”* (usuario, Red 4-C).

Sobre la influencia de la auditoría de las actividades clínicas realizada por las aseguradoras a los prestadores, emergen opiniones contradictorias. Gerentes y profesionales de salud de las IPS de atención especializada consideran que, ante las glosas que efectúan las aseguradoras como estrategia para incrementar su rentabilidad económica, los prestadores se ven en la necesidad de cubrir solo aquellas prestaciones que tienen la seguridad de que les serán pagadas, con el riesgo de no proporcionar una atención de calidad acorde con las necesidades de los

pacientes: *“El asegurador obviamente, para lograr un equilibrio financiero, se enfoca en la auditoría para dificultar, pues de pronto no la atención, pero sí el pago de esas acciones realizadas por los prestadores de servicios de salud, que en últimas lo que va es en detrimento de una buena atención, si yo gasto una serie de recursos en atender a un usuario y no tengo la retribución por esas actividades, pues terminaré prestando acciones deficientes”* (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S). En tanto que gerentes y personal administrativo de las EPS consideran que el auditor de las aseguradoras en el ámbito hospitalario es un facilitador del acceso, ya que, actúa como puesto de enlace con la EPS con la que establecen una comunicación directa, y favorece la disminución de los trámites para la autorización de servicios.

Compra de servicios a proveedores fragmentada y fuera del territorio

La contratación fragmentada, la compra de servicios fuera del territorio, así como el cambio frecuente de proveedores, por parte de las EPS emergen en todas las redes como factores que generan barreras geográficas y económicas por el aumento de trámites y de costos de desplazamiento y en tiempo, así como interrupciones de los tratamientos e incrementos de tiempos de espera. La compra fragmentada es más evidente para la atención especializada y se agudiza en las redes para la población de Soacha, ya que esta en la mayoría de los casos se oferta fuera del municipio, en Bogotá.

Del discurso de los entrevistados de las cuatro redes emerge que las aseguradoras dividen un único proceso asistencial en varios subprocesos cuya atención compran a diferentes proveedores, incluso dentro de un mismo nivel de complejidad (contratación fragmentada). Mientras en las redes subsidiadas la fragmentación se presenta en todos los niveles de complejidad, en las redes contributivas, por tener capitados los servicios en sus IPS ambulatorias, la compra fragmentada se presenta fundamentalmente en la atención especializada por proveedores externos. Mientras que los gerentes de aseguradoras lo atribuyen a la falta de servicios habilitados en las IPS, los gerentes y personal administrativo de las IPS consideran que el asegurador fragmenta la contratación como estrategia de control de costos y maximización de beneficios: *“Los contratos fragmentados, pues son una barrera más de acceso [...], entonces, yo*

pienso que todo sale precisamente de la misma intermediación, porque no hay un sistema al que se le pueda dar continuidad, sino que va cambiando de acuerdo a los intereses particulares de la EPS, ellos se van acomodando pues a lo que más rentabilidad les dé” (profesional administrativo IPS I nivel de atención, Red 2-S). La compra fragmentada implica que el usuario debe efectuar más trámites ante diversas entidades, con el consecuente aumento en los tiempos de espera para la atención y en los gastos de transporte, lo que genera mayores dificultades para recibir una atención integral y un adecuado seguimiento: *“Es el caso de la contratación que hace la EPS para los servicios de atención del parto, el control posparto de las consejerías del pretest y el postest en relación con el VIH, y de los exámenes como tal. Entonces, los pacientes tienen que ir a tres entidades diferentes, eso es completamente absurdo, porque es fraccionar los servicios que deberían estar únicamente integrados en un solo sitio”* (gerente IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S).

La compra de servicios fuera del ámbito geográfico también es común a las cuatro redes, con diferencias según régimen y territorios. En las subsidiadas, este modelo de compra se utiliza tanto a nivel de la atención especializada como subespecializada, mientras que, en las contributivas, es más común en las subespecialidades que no ofertan en las IPS ambulatorias. La problemática se agudiza en las redes de Soacha, dado que las distancias que deben recorrer los usuarios para recibir atención en Bogotá son mayores, con implicaciones en tiempo, desplazamientos y gastos de transporte. Para las redes subsidiadas, diversos informantes señalan que la compra de servicios fuera de la localidad/municipio se debe a la limitada o inexistente oferta de estos servicios en las IPS públicas, por la falta de recursos o de habilitación de servicios, lo que, desde la perspectiva de los gerentes de EPS, los obliga a contratar fuera del ámbito geográfico: *“Yo debería tener en mi localidad todo, pero ¿qué pasa? [...] Yo me voy para el III nivel, pero si el III nivel no me quiere prestar los servicios digamos de II nivel, yo cómo lo obligo a que me los preste, pues me toca contratar con el Simón o con Suba para que me preste el servicio [...] y, como la ley no me permite contratar un privado, entonces, yo tengo que contratar con un público y el único que me está prestando el servicio es Suba, claro se ve afectado el usuario”* (gerente IPS III nivel de atención/

especializada, Red 2-S); *“La atención especializada, que es II y III nivel [...], las barreras son mayores, porque hay población de Soacha [...] que las EPS subsidiadas tienen capitada o referenciada a sitios de Bogotá, entonces ya el desplazamiento es más difícil”* (profesional de salud IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S).

También atribuyen la compra de servicios fuera del territorio al modelo de competencia gestionada en que se basa el sistema de salud, en el cual las redes buscan la maximización de beneficios económicos mediante la contratación a menores tarifas sin tener en cuenta criterios de georreferenciación, es decir, el lugar de residencia de la población que debe ser atendida: *“Las redes cada vez se van dirigiendo más hacia un proceso mercantilista, de control de gastos, de control de la oferta y la demanda, como le decía, entonces, el acceso del paciente ha venido siendo limitado por oferta y demanda, y en eso el asegurador escoge y define su red no con la primera intención de prestar un servicio de calidad y un servicio adecuado para el paciente, sino de contención de gastos, de menor tarifa”* (gerente IPS atención especializada, Red 3-C).

En relación con la duración de los contratos y cambio de prestadores contratados, la mayoría de profesionales de salud de las redes subsidiadas y de la Red 3-C identifica la interrupción en la prestación de servicios como consecuencia del vencimiento de contratos con las EPS, lo cual se traduce en períodos sin atención hasta su renovación y también en cambios de prestador. Estas situaciones, que no son comunicadas por la EPS al personal médico ni a los usuarios, implican la negación de la atención, principalmente la especializada y nuevos trámites para renovar remisiones vencidas, con el consecuente aumento de los tiempos de espera para la atención: *“Las IPS se niegan a prestar los servicios con respecto al pago o porque se termina la contratación y no atienden más por eso. Ese es un punto crítico, que pone al usuario [...] preciso hoy tenía cita, y ‘No los atendemos porque ya no hay contratación con la EPS’, y la EPS nunca se comunica”* (gerente aseguradora, Red 1-S).

Tabla 4.1. Factores que dificultan el acceso a la atención relacionados con las aseguradoras

| Categorías | Red 1-S | Red 2-S | Red 3-C | Red 4-C |
|---|---|---|---|--|
| Introducción de mecanismos de control de la atención | | | | |
| Autorización de servicios | Exceso de trámites para la atención especializada Tiempos prolongados de respuesta | Exceso de trámites para la atención especializada Tiempos prolongados de respuesta | Exceso de trámites para la atención especializada Tiempos prolongados de respuesta | Exceso de trámites para la atención especializada Tiempos prolongados de respuesta Autorización gerencia IPS ambulatoria: remisiones a urgencias y subespecialidades |
| Mecanismos de pago | Capitativo I nivel: limita prestaciones | Capitativo I nivel: limita prestaciones | Capitativo I nivel: limita prestaciones | Capitativo I nivel: limita prestaciones |
| Límites en la prestación de servicios | | | Límites al ejercicio profesional | Límites al ejercicio profesional |
| | | | Restricción del número de consultas | Restricción del número de consultas |
| | Auditoría para contención de costos | Auditoría para contención de costos | Auditoría para contención de costos | Auditoría para contención de costos |
| Modelo de compra de servicios a proveedores | | | | |
| Compra fragmentada | Todos los niveles | Todos los niveles | Atención especializada con prestadores externos | Atención especializada con prestadores externos |
| Compra de servicios fuera del territorio | Especializada y subespecializada | Especializada y subespecializada | Especialidades no ofertadas en IPS ambulatorias | Especialidades no ofertadas en IPS ambulatorias |
| | Basada en criterios tarifarios | Basada en criterios tarifarios | Basada en criterios tarifarios | Basada en criterios tarifarios |
| Duración de contratos y cambio de prestadores contratados | Corta duración y rotación de prestadores especializados | Corta duración y rotación de prestadores especializados | Corta duración y rotación de prestadores especializados externos | |

Factores relacionados con los prestadores de servicios

En relación con los prestadores, en el discurso emergieron elementos estructurales y organizativos que inciden sobre el acceso a los servicios de salud, con diferencias según el tipo de redes: Los déficits estructurales identificados se refieren a la infraestructura, los insumos, el recurso humano y la accesibilidad geográfica. Como elementos organizativos, se identifican dificultades con los mecanismos para la solicitud de citas, los tiempos de espera y los horarios de atención.

Factores estructurales que influyen en el acceso

La mayoría de informantes de las cuatro redes identifica factores estructurales que inciden en el acceso a los servicios de salud, relacionados con la disponibilidad de recursos para la atención y la accesibilidad geográfica. Se aprecian diferencias importantes entre tipos de redes y algunas por su localización (tablas 4-2 y 4-8).

Limitados recursos disponibles para una oferta de servicios adecuada al nivel de complejidad

En relación con la oferta de servicios tanto en el primer nivel como en la atención especializada, los informantes de las cuatro redes destacan la existencia de servicios y programas acordes con sus niveles de complejidad, que facilitan el acceso. No obstante, los problemas de infraestructura, de disponibilidad de insumos y de recurso humano limitan la adecuada prestación de los servicios, especialmente en la atención especializada y en mayor medida en las redes subsidiadas.

En referencia a los servicios y programas disponibles en el I nivel, la mayoría de informantes de las cuatro redes indicaron que sus centros cuentan con los servicios de medicina general, odontología, nutrición, enfermería, trabajo social, servicios diagnósticos y de farmacia, que les permiten garantizar la prestación de servicios básicos de salud, consulta externa y atención de urgencias de baja complejidad. En la red subsidiada de Bogotá, destacaron, además, la existencia de equipos básicos de salud que desarrollan el plan de intervenciones en la comunidad, que hace captación activa de personas vulnerables con necesidades en salud y les facilita la obtención de citas, mejorando así el acceso a la atención: *“Cada centro de salud tiene su grupo de Salud a su Casa, ellos manejan diferentes*

grupos [...], hay un médico, hay varios auxiliares que hacen terreno; terreno es hacer como un sondeo de todos esos barrios donde está la población, los desplazados, los indigentes, todas las personas más vulnerables, para traerlos acá y por lo mismo acceder a los servicios más fácilmente” (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 2-S). Por su parte, en las redes contributivas, los informantes resaltaron la disponibilidad de servicios de medicina general, ginecología y pediatría como puerta de entrada al sistema, así como otros servicios (laboratorio clínico, pruebas diagnósticas, nutrición, atención domiciliaria, entre otros) tanto de I como de II nivel en las IPS ambulatorias, que favorecen el acceso a la atención y la reducción de los tiempos de espera para la atención: *“En los servicios está medicina general, tenemos toda el área de promoción y prevención, que consta de atención integral específica, que es de atención a crónicos; tenemos también el programa de crecimiento y desarrollo, tenemos el programa de control prenatal, salud de la mujer, que consta de planificación y citología cérvico-vaginal; [...] tenemos especialidades: ginecología, dermatología, gastroenterología, terapias respiratorias, físicas, vacunación, [...] también tenemos atención prioritaria, pediatría [...] ginecología”* (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C).

Por el contrario, en relación con la oferta especializada ambulatoria y hospitalaria, emergen mayores limitaciones en las IPS públicas de las redes subsidiadas, ya que no cuentan con los servicios propios de su nivel de complejidad: *“En este momento, aquí en Soacha no tenemos un hospital que tenga todas las especialidades, necesitamos neurología, psiquiatría, es una cantidad de pacientes alarmante. Aquí tenemos psicología, pero solamente para atender pacientes de trastorno de comportamiento, no tenemos una psicología avanzada, no a un III nivel [...], hospitalización de psiquiatría no tenemos”* (profesional administrativo IPS III nivel de atención/especializada, Red 2-S). Las redes contributivas, aunque cuentan con una mejor oferta de especialidades médicas y pruebas diagnósticas en sus IPS ambulatorias, coinciden con las redes subsidiadas en la limitada oferta de subespecialidades y atención hospitalaria.

En cuanto a la infraestructura, en el I nivel la mayoría de informantes de las redes subsidiadas y uno de las contributivas señalan limitaciones de espacio físico para la demanda que deben atender, principalmente de citas prioritarias, lo que genera incremento en los tiempos de espera para

la atención: *“No se dimensionó la cantidad de gente que viene, adicional a que solamente no están los de esta sede, sino que hay otras personas que les queda más cerca, entonces, se vienen acá en el tema de una cita prioritaria y la congestión es terrible”* (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C). En las redes subsidiadas, se señala déficit de centros en las zonas marginales de la localidad/municipio. En la atención especializada, los informantes de las IPS públicas de las redes subsidiadas indicaron la ausencia de centros de II nivel en Kennedy y de III nivel en Soacha, situación que obliga a contratar fuera del territorio.

La insuficiencia de insumos y medicamentos son comunes a las redes subsidiadas en todos los niveles de complejidad, mientras que el déficit en recursos tecnológicos lo comparten también con las redes hospitalarias externas de las redes contributivas, lo que, según los entrevistados, limita la capacidad de respuesta de los servicios y genera las remisiones a otras IPS, con el consecuente aumento de trámites y pérdidas de tiempo para el usuario: *“En nuestra institución es pésimo, porque la institución no los despacha, los despacha directamente el hospital local que nos lo remitió y la gran mayoría de pacientes que llega a esas instituciones no tienen, no les dan los medicamentos”* (profesional de salud IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S). En todas las redes, se enunció el insuficiente número de camas hospitalarias, de urgencias y de unidades de cuidado intensivo (UCI), para poder proporcionar una respuesta oportuna a las necesidades de la población: *“Nosotros aquí carecemos de una buena cantidad de camas de UCI por número de habitantes, entonces, esos son obstáculos que van a hacer que ese acceso en el momento en que las personas lo requieran, pues se entorpezca y no fluya”* (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C).

Asimismo, los informantes de las cuatro redes indican problemas en cuanto a la disponibilidad de recurso humano para la atención. No obstante, señalaron diferencias en cuanto a las causas, por nivel de atención, tipo de red y área geográfica. En lo que compete al I nivel, las redes de Soacha enfrentan problemas para la contratación de profesionales de salud por los bajos incentivos económicos que ofrecen, mientras que, en las redes de Bogotá, se atribuye al incremento en la demanda, especialmente la inducida por los programas de captación, sin que se contrate recurso humano suficiente para cubrir su atención: *“La demanda supera la oferta. Entonces, por decir algo, si para el día hay 50 citas médicas, están*

llegando 100 o 120 personas a solicitar el servicio. Desde que conozco aquí el servicio, se ha incrementado la oferta. Pero, así como se ha incrementado la oferta, también se ha incrementado la demanda, debido a programas, por ejemplo, como Salud a su Casa, que constantemente se está haciendo inducción a la demanda. Entonces ese es otro factor que ha contribuido a que la demanda pues supere la oferta” (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 2-S).

En la atención especializada, el problema se atribuye a fallas en las políticas de regulación en su formación, unido a los bajos incentivos económicos para trabajar en los hospitales públicos. El déficit de especialistas se traduce en aumento de tiempos de espera para la atención y vencimiento de remisiones, con el consecuente incremento de trámites de autorización para el usuario. Adicionalmente, en las instituciones hospitalarias en que este déficit se suple con médicos generales, lleva a un manejo inadecuado de los cuadros clínicos: *“Este es un hospital soportado sobre médicos generales, que no debería ser así tampoco, a pesar de que uno gana mucha experiencia estando en esta institución, y pues el programa de ellos es que el médico general sea el que esté ahí al ladito del paciente y el especialista sea como la persona que dé el aval de todas las conductas”* (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C).

Limitada accesibilidad geográfica, especialmente en la atención especializada

La accesibilidad geográfica a las IPS de I nivel en las cuatro redes es valorada positivamente por la mayoría de los informantes, bien por la ubicación de los centros de atención, o bien por las rutas de transporte, aunque en todas las redes se identificaron barreras para la población que reside en las zonas marginales del municipio/localidad. En contraste, se señalan barreras geográficas, gran distancia a la atención especializada, principalmente en los centros de III nivel de las cuatro redes, por la concentración de especialistas y centros en la zona norte de Bogotá, con el consiguiente gasto en transporte y tiempo. De manera particular, en las redes subsidiadas, se destacó la inexistencia de IPS públicas de II nivel en la localidad para el caso de Bogotá y de III nivel en el caso de Soacha.

En lo relacionado con las IPS de I nivel, la mayoría de los informantes de las cuatro redes considera que son accesibles porque se encuentran

ubicadas en zonas céntricas de sus áreas de residencia (municipio/localidad), a las que pueden acceder con transporte público y un bajo tiempo de desplazamientos: *“La sede de Kennedy queda en un sitio absolutamente central de la localidad, queda ahí sobre la avenida, que es supremamente grande, y me parece que es central. Lógico, Kennedy es muy grande, pero hay un servicio de alimentadores, y el hecho de que se cuente con TransMilenio, pues ayuda a la accesibilidad a la IPS”* (gerente aseguradora, Red 3-C). Además, la red subsidiada de Bogotá cuenta con un programa específico de transporte (Ruta Saludable, de la Secretaría Distrital de Salud) para el desplazamiento a los centros que integran la red de grupos específicos dentro del territorio (tercera edad, mujeres gestantes, población infantil y personas con discapacidad). No obstante, algunos informantes de las redes subsidiadas señalan que, para la población que reside en las zonas periféricas, los desplazamientos resultan más difíciles, dadas las inadecuadas condiciones de las vías de acceso y la existencia de menores rutas de transporte público: *“Soacha tiene más de 350 barrios, muchos de ellos subnormales, entonces, hay gente que vive en la periferia y es muy difícil el acceso, entonces esa gente tiene dificultades geográficas”* (gerente IPS I nivel de atención, Red 1-S).

En cambio, en las cuatro redes se manifiestan problemas de accesibilidad geográfica, por larga distancia, para la atención especializada, derivados de la concentración de especialistas y redes hospitalarias al norte de la ciudad, y de la contratación con base en el menor valor tarifario, lo que incrementa los desplazamientos y, por lo tanto, los costos de transporte y los tiempos de desplazamiento, que, aunque afectan a los usuarios de las cuatro redes, son más críticos para quienes residen en Soacha: *“La red a veces sí ha tenido como la política de contratar a todos los especialistas hacia el norte; hacia el sur, usted no ve especialistas, me imagino porque no están los edificios adecuados o no están los especialistas trabajando hacia el sur. Todos trabajan hacia el norte [...], entonces, para uno que vive en Soacha, se torna en una dificultad por las distancias y los desplazamientos. Imagínese, una urgencia y uno en el sur, y se demora uno dos horas para ir hasta allá [...], entonces, grave”* (usuario, Red 4-C). Por su parte, en las redes subsidiadas se debe a la inexistencia de IPS públicas de II nivel en Kennedy y de III nivel en Soacha.

Tabla 4.2. Factores estructurales de los servicios de salud que influyen en el acceso

| Categorías | Red 1-S | Red 2-S | Red 3-C | Red 4-C |
|---|---|---|---|---|
| Disponibilidad de servicios para la atención | | | | |
| Infraestructura | IPS I nivel/ ambulatoria: déficit de capacidad instalada | IPS I nivel/ ambulatoria: déficit de capacidad instalada | IPS I nivel/ ambulatoria: déficit de capacidad instalada | |
| | Atención especializada Ausencia IPS III nivel en territorio | Atención especializada Ausencia IPS II nivel en territorio | | |
| Disponibilidad de insumos y recursos para la atención | IPS I nivel/ ambulatoria: déficit de recursos tecnológicos, insumos y medicamentos | IPS I nivel/ ambulatoria: déficit de recursos tecnológicos, insumos y medicamentos | | |
| | Atención especializada IPS públicas Déficit de recursos tecnológicos, insumos y medicamentos | Atención especializada IPS públicas Déficit de recursos tecnológicos, insumos y medicamentos | Atención especializada IPS externas Déficit de recursos tecnológicos y camas hospitalarias | Atención especializada IPS externas Déficit de recursos tecnológicos y camas hospitalarias |
| Disponibilidad de recurso humano | Déficit de profesionales en todos los niveles | Déficit de profesionales en todos los niveles | Déficit de especialistas en IPS externas | Déficit de especialistas en IPS externas |
| Accesibilidad geográfica | | | | |
| Condiciones de transporte | IPS I nivel: dificultades de transporte en áreas marginales | | | IPS I nivel: dificultades de transporte en áreas marginales |
| Distancias y tiempos de desplazamiento | IPS III nivel: mayores distancias y tiempos de desplazamiento | IPS II y III nivel: mayores distancias y tiempos de desplazamiento | IPS III nivel: mayores distancias y tiempos de desplazamiento | IPS III nivel: mayores distancias y tiempos de desplazamiento |

Factores organizativos que influyen en el acceso

Los principales factores organizativos que se constituyen en barreras de acceso a los servicios de salud en las cuatro redes analizadas son la dificultad para obtener citas y los largos tiempos de espera para la atención, ambos más importantes en la atención especializada y, en menor medida, los horarios para la atención. Emergen como facilitadores del acceso los programas existentes que facilitan la programación de citas para grupos específicos. Se encuentran diferencias entre las redes, según régimen (tablas 4.3 y 4.8).

Dificultades en la obtención de citas

En las cuatro redes se utiliza como mecanismo principal la solicitud presencial de citas en todos los niveles de atención, seguida de la telefónica, que presentan diversas dificultades, especialmente en el caso de las redes subsidiadas, que aumentan los tiempos de espera y contribuyen a desincentivar el uso de los servicios. En las redes contributivas también se ofrece la posibilidad a través de internet, con algunas limitaciones en su implementación.

El mecanismo presencial, que es el más utilizado, evidencia mayores problemas en las redes subsidiadas, debido a que se entrega un número limitado de citas para el mismo día, se restringen los horarios para la solicitud de citas y el personal administrativo para atender a los usuarios resulta insuficiente, lo que ocasiona que los usuarios deban regresar en varias ocasiones hasta lograr la asignación de las citas. En cuanto a la solicitud telefónica, en las distintas redes se señalaron problemas de congestión de los call centers y, en el caso de las redes subsidiadas, además horarios restringidos e inadecuada comunicación e información por parte del operador. El conjunto de estas problemáticas genera pérdida de tiempo, incremento en los tiempos de espera para la atención médica y desincentiva el uso de los servicios: *“Allá la multitud de gente también es terrible. Uno tiene que madrugar; si está de buenas, la logra conseguir; si no, tiene que pasar días hasta lograr una cita”* (usuario, Red 2-S).

En las cuatro redes emergieron como facilitadores para la obtención de citas la pertenencia a programas especiales, como el de atención de crónicos, la estrategia de ruta saludable que realiza la solicitud de citas para grupos prioritarios en la red subsidiada de Bogotá y la programación

del control tras el alta hospitalaria por parte del médico familiar en la red contributiva de Soacha, estrategias que comportan una disminución de los trámites y de los tiempos de espera para la atención: *“A los pacientes crónicos, que vienen mensualmente, nosotros les programamos la cita, para que no estén viniendo cada rato”* (profesional administrativo IPS I nivel de atención, Red 1-S). Finalmente, el uso del internet en las redes contributivas disminuye los trámites y desplazamientos para el usuario, pero reduce el acceso para quienes no cuentan o no saben hacer uso de esta tecnología: *“En ocasiones, la tecnología se convierte en una barrera para los pacientes, no todos tienen computador, no todos tienen internet, no todos saben cómo manejar un medio en una página web”* (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C).

Tiempos de espera prolongados para recibir atención

En las redes analizadas, los prolongados tiempos de espera hasta recibir atención son una problemática común para todos los niveles de atención, con predominio en el ámbito especializado y en las redes subsidiadas. Como principal causa, se destaca el déficit de recurso humano para atender la demanda. Solo algunos informantes de la Red 4-C enuncian disminución en los tiempos de espera para las especialidades básicas ofertadas en la IPS ambulatoria.

Para el I nivel de atención, se encuentran diferencias entre las redes subsidiadas y contributivas. En el primer caso, profesionales de la salud y usuarios consideran largos los tiempos para ser atendidos, y lo atribuyen al déficit de recurso humano, debido al incremento en la demanda de los servicios: *“El problema son los tiempos de espera para las consultas; pienso que la principal falla que hay es la respuesta a la consulta, lo cual es muy difícil, porque es una población muy alta y tendría uno que tener muchísimos médicos para atender toda la gente que viene”* (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 1-S). En contraste, usuarios y personal administrativo de las redes contributivas señalan una buena oportunidad de la atención que atribuyen a la asignación de citas prioritarias con medicina general: *“Por lo menos cuando hay citas prioritarias sí, si uno madruga se la dan para ahí mismo por la mañana, pero, si llega tarde, pues obviamente se la dan para después del medio día”* (usuario, Red 4-C) y, en el caso de la Red 4-C, a la disponibilidad de agendas de los médicos de familia.

Para la atención especializada, los informantes de las cuatro redes señalan tiempos de espera prolongados para la consulta, que atribuyen al déficit de recurso humano y a la limitada disponibilidad horaria de los profesionales que prestan sus servicios en distintas instituciones, lo que genera congestión en las agendas para la atención, situación que visualizan en mayor medida en las IPS públicas de las redes subsidiadas: *“La paciente que sale con una remisión para otorrino sale para el hospital de -III nivel, ahí le empieza la tortura, porque dura hasta un mes, mes y medio. ¿Qué pasa? Las remisiones que se dan aquí en el hospital tienen una vigencia más o menos de 30 días [...], resulta que el paciente comienza su viacrucis: no hay agenda, vuelva la siguiente semana. El paciente regresa la siguiente semana, no han abierto agenda, regresa en quince días, se le vence la remisión, entonces [...], muchos motivos de consulta no son ni siquiera por motivos de salud, sino [...] ‘Doctor, que me cambie la remisión porque se me venció y no logré la cita’”* (profesional administrativo IPS I nivel de atención, Red 2-S).

Como consecuencia, los distintos actores identifican el vencimiento de autorizaciones, la dificultad para la realización de pruebas diagnósticas o la valoración por los especialistas, lo que les impide contar con un diagnóstico y un adecuado manejo de la enfermedad: *“Hay hospitales con citas donde ya tienen copado este año, eso genera pues una restricción, porque, si el usuario no puede acceder a una cita, si usted tiene que esperar un año, eso genera mucha restricción, el usuario tiene dos opciones, o esperar o pagar. Hay muchos usuarios del subsidiado que no pueden pagar y el hecho de esperar hace que avancen sus enfermedades sin siquiera contar con un diagnóstico clínico y sin tener el acceso a un manejo claro de su patología”* (profesional administrativo IPS III nivel de atención/especializada, Red 2-S).

En las redes contributivas se describen dificultades debidas a los tiempos de espera para la atención con especialidades y subespecialidades que no son ofertadas en sus IPS ambulatorias: *“Eso es bien complicado, y, por ejemplo, lo tenemos con los casos que tenemos represados de neurología pediátrica hace varios meses, donde el mismo gerente de la IPS me dice: ‘Es que no me he podido comunicar con la doctora que atiende esas consultas, vea que yo la llamo al celular y no me contesta, le mando un correo y no me*

responde'. Digo, si al gerente no le responde, ¿a quién le va a responder? Entonces, uno llama a la EPS y dice por favor, entonces ellos dicen sí, les vamos a intentar hacer la gestión y se demoran 8 y 15 días para traer una razón de la persona [...], es bien complicado, eso sí es bien, bien difícil" (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).

Solo en el caso de la Red 4-C, el gerente y el personal administrativo de la IPS ambulatoria destacaron que en su institución se ha establecido un sistema de priorización por diagnósticos o grupos etarios, que ha permitido la disminución en los tiempos de espera para las especialidades básicas que ofertan, lo que desde su perspectiva descongestiona los servicios y da respuesta oportuna a las necesidades de los usuarios: *"Tenemos un sistema de priorización de la consulta, entonces tenemos ahí unas tablas por diagnóstico, por edades, por una cantidad de cosas, y ahí se prioriza la consulta [...]; para las especialidades básicas, damos oportunidad de ocho días, que eso es una oportunidad muy buena"* (gerente IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C).

Horarios de atención

En las cuatro redes, la mayoría de los informantes encuentra adecuados los horarios de atención, tanto en las IPS de I nivel como en las IPS de atención especializada. Solo algunos informantes de las redes subsidiadas señalan la restricción en horarios de atención de algunos centros de I nivel en horas de la tarde, noche y fines de semana, que afecta a la población trabajadora y a quienes residen en zonas marginales, especialmente en Soacha.

Aunque las franjas horarias varían entre una y otra institución, la mayoría de informantes de las cuatro redes considera adecuados los horarios para la atención proporcionados por las IPS de I nivel, lo que les permite cubrir la demanda de servicios: *"El médico de familia esta acá ocho horas en el día, hay algunos días en que entra a las 7 de la mañana y sale a las 4 de la tarde [...], otros días entra a las 11 de la mañana y sale a las 8 de la noche. O sea, hay como buen acceso para que los pacientes puedan venir"* (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C). No obstante, los profesionales de salud, gerentes y usuarios de las IPS de I nivel de las redes subsidiadas indican que en algunos centros el horario de funcionamiento se restringe por la inseguridad de la zona o insuficiencia de recurso humano, situación que resulta más crítica en

el municipio de Soacha: *“Tenemos problemas frente a los horarios porque igual generalmente funcionamos en horarios diurnos muy limitados [...], ahí hemos ido acomodando, entonces, sí hay una barrera, [...] hay horarios muy rígidos, que los tenemos en este momento estructurados”* (gerente IPS I nivel de atención, Red 1-S). Esta restricción lleva a que la población trabajadora informal no pueda acceder, ya que los horarios establecidos para la atención coinciden con las actividades económicas que desarrollan. En relación con los horarios de las IPS especializadas del ámbito hospitalario, los informantes de las cuatro redes valoran positivamente la posibilidad

Tabla 4.3. Factores organizativos de los servicios que influyen en el acceso a la atención

| Categorías | Red 1-S | Red 2-S | Red 3-C | Red 4-C |
|--|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Procedimientos para la obtención de citas | | | | |
| Mecanismo presencial | Horarios restringidos para asignación de citas Cupos limitados Filas y congestión | Horarios restringidos para asignación de citas Cupos limitados Filas y congestión | Filas y congestión | |
| Mecanismo telefónico | Congestión línea telefónica Horarios restringidos Inadecuada información de los operadores | Congestión línea telefónica Horarios restringidos Inadecuada información de los operadores | Congestión línea telefónica | Congestión línea telefónica |
| Mecanismo virtual | | | Problemas de accesibilidad a internet | Problemas de accesibilidad a internet |
| Tiempos de espera para la atención | | | | |
| I nivel/atención ambulatoria | Prolongados | Prolongados | | |
| Atención especializada | Prolongados | Prolongados | Prolongados IPS externas | Prolongados IPS externas |
| Horarios de atención | | | | |
| I nivel / atención ambulatoria | Restricción de horarios en centros de barrios marginales | Restricción de horarios en centros de barrios marginales | | |

de contar con los servicios de urgencias las 24 horas y con la atención por consulta externa en un promedio de 8 horas diarias: *“Nosotros tenemos ofertados en el servicio de urgencias sus 24 horas la mayor parte de especialidades, entonces, no habría ningún problema; en el servicio de consulta externa, tenemos los servicios ofertados de acuerdo a las necesidades de los usuarios y a los servicios contratados, entonces el horario es todo el día hábil. [...] el horario en término general es un horario accesible para todos los usuarios”* (profesional administrativo IPS atención especializada, Red 4-C).

Factores relacionados con la población

La falta de recursos económicos de la población es señalada como la principal barrera para acceder a los servicios de salud en las cuatro redes. Aunque en las contributivas el bajo nivel de ingreso emerge con menor intensidad, en el discurso de los informantes aparecen otras limitantes, como la dificultad para la obtención de permisos laborales. Finalmente, se resalta el limitado conocimiento del sistema y de sus derechos, más frecuente en los afiliados de las redes subsidiadas (tablas 4.4 y 4.9).

Un nivel socioeconómico bajo

La mayoría de los entrevistados de las redes tanto subsidiadas como contributivas identifican el bajo nivel de ingresos de la población residente en las áreas de estudio como una de las principales causas de la dificultad para acceder a los servicios de salud.

En el caso de los afiliados a las redes subsidiadas, las condiciones de vulnerabilidad socioeconómica asociadas a la dificultad para la generación de ingresos imponen restricciones en la utilización de los servicios de salud, principalmente en el ámbito especializado, por no poder asumir los costos de los desplazamientos, el valor de los copagos y cuotas moderadoras, la compra de medicamentos o la realización de procedimientos diagnósticos que no les son cubiertos por las aseguradoras, lo que les impide dar continuidad a los tratamientos y conduce en muchos casos a complicaciones en sus cuadros clínicos: *“Yo he perdido varias consultas con psiquiatría [...], eso me estanca y entonces yo entro en retroceso, no avanzo y me perjudico más y mi salud se deteriora más [...]. Ese médico me dice: ‘Pero ¿cómo te vas a alentar si no sigues el tratamiento, si no vienes*

a las consultas?'. Le digo: 'Doctor, pero es que hay veces si tengo para una cosa no tengo para otra' (usuario, Red 2-S).

También en las redes contributivas una parte de los informantes indica que sus afiliados, aunque son población trabajadora, tienen un bajo nivel de cualificación o se encuentran vinculados a la economía informal, lo que hace que sus ingresos sean reducidos y tengan dificultades para cubrir sus gastos en salud: *"Tenemos una población estrato 1, 2 [...], que tienen poco acceso a pesar de estar afiliados y que tienen algún tipo de ingreso [...], pero no tienen plata para los pasajes o, si tienen plata para la consulta, de pronto no tienen plata para pagar la cuota del medicamento"* (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C). De igual manera, señalan que esta población presenta restricciones para la obtención de permisos laborales, lo que interfiere con la solicitud y el cumplimiento de citas, limitando el uso de los servicios de salud.

Limitado conocimiento del sistema de salud y derechos de los afiliados

La mayoría de actores de las redes subsidiadas considera que predomina en los usuarios el desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud y de sus derechos, lo que les limita la utilización de los servicios, a diferencia de lo que ocurre con los afiliados de las redes contributivas. Diversos informantes de las redes subsidiadas indican que la información que les proporcionan las aseguradoras y los prestadores en relación con las rutas para acceder a los servicios es escasa, en tanto que otros destacan que el bajo nivel educativo de esta población se constituye en una limitante frente a la exigibilidad de sus derechos: *"A la gente le falta conocimiento, tanto de deberes como de derechos, [...] eso le permitiría a la gente en un momento dado tener un mejor servicio, porque exige [...]. Lamentablemente la gente que está afiliada en el régimen subsidiado es muy vulnerable [...], hay gente que no sabe ni leer"* (gerente aseguradora, Red 2-S). En cambio, en las redes contributivas, el personal administrativo y de salud de las EPS e IPS consideran que, al tratarse de una población con un nivel educativo más elevado, tienen un mayor conocimiento del sistema y de sus derechos y son más exigentes en cuanto a la calidad de la atención recibida: *"Los usuarios tienen otro estrato sociocultural y son más*

exigentes, y a veces está todo dentro de los promedios normales y de todas maneras son exigentes, exigen porque tienen más información y porque ya están acostumbrados a cosas mucho más rápidas” (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C).

Tabla 4.4. Factores que influyen en el acceso a la atención relacionados con la población

| Categorías | Red 1-S | Red 2-S | Red 3-C | Red 4-C |
|--|---|---|--|--|
| Nivel socioeconómico | Dificultades para la generación de ingresos | Dificultades para la generación de ingresos | Bajo nivel de ingresos | Bajo nivel de ingresos Dificultad para obtener permisos laborales |
| Conocimiento del sistema y derechos de los afiliados | Desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud y de sus derechos | Desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud y de sus derechos | Mayor conocimiento del sistema y de sus derechos | Mayor conocimiento del sistema y de sus derechos |

Conclusiones

A pesar de que la reforma de salud justificó la importancia de la adopción del modelo de competencia gestionada como estrategia para mejorar el acceso a los servicios de salud en Colombia, los resultados indican la persistencia de un amplio número de barreras en el acceso a la atención, que limitan en mayor medida el acceso a la atención especializada y, principalmente, a la población afiliada a las redes subsidiadas, también población de menores recursos.

En relación con las barreras inherentes al sistema de salud adoptado, los distintos informantes destacan aquellas vinculadas con la implementación del modelo de competencia gestionada y con las fallas en las políticas de aseguramiento. En relación con el primero, la búsqueda de rendimientos económicos por parte de aseguradoras (EPS) y prestadores (IPS) privados y de la sostenibilidad financiera, principalmente de los prestadores (IPS) públicos, ha llevado al establecimiento de numerosos mecanismos de control de la atención y con ello a la generación de barreras para el acceso a los servicios. En segundo lugar, el diseño de las políticas de aseguramiento también genera límites en el acceso a la atención como consecuencia de la restricción en la cobertura del plan de beneficios, es-

pecialmente para la población más pobre y vulnerable, de la introducción de copagos y cuotas moderadoras, que, si bien fueron creados como un mecanismo para contribuir a la financiación del sistema, se constituyen en un factor que desincentiva la búsqueda de la atención; y, finalmente, por el establecimiento de mecanismos de afiliación poco efectivos caracterizados por el exceso de trámites y por las fallas en la identificación de la población que debería ser beneficiaria de los subsidios sociales.

Aunque el acceso a la atención al I nivel se considera más fácil, emerge una serie de barreras al acceso, especialmente las barreras estructurales de los prestadores públicos pertenecientes a las redes subsidiadas —insuficiente infraestructura, insumos y recurso humano para la atención—, que se atribuye a la insuficiente financiación, que depende en gran medida de la capacidad de obtener contratos con las aseguradoras. Como elementos que favorecen el acceso, se destaca la implementación de programas especiales para colectivos vulnerables en las distintas redes y la existencia de especialidades básicas en las IPS ambulatorias de las redes contributivas.

El acceso a la atención especializada se ve limitado por la implementación de mecanismos de control de la atención por parte de las aseguradoras (EPS), en donde se destaca la existencia de trámites para la autorización de prestaciones POS y no POS, y la compra fragmentada de servicios. Esta problemática se potencia con los déficits estructurales de los prestadores, principalmente con la insuficiencia de recurso humano y las barreras de accesibilidad geográfica, que contribuyen al incremento de los tiempos de espera para la atención y retardan el inicio del tratamiento, aspectos que, aunque son comunes en todas las redes analizadas, tienen un mayor impacto en las redes subsidiadas.

Por último, las barreras anteriores se retroalimentan, por las precarias condiciones económicas de los usuarios y sus familias, que afectan de manera primordial a la población más vulnerable, a trabajadores informales o a trabajadores afiliados al régimen contributivo que devengan bajos ingresos, quienes con frecuencia presentan dificultades para asumir el valor de los copagos y cuotas moderadoras, los gastos de desplazamiento, así como la compra de medicamentos en aquellos casos en que no son cubiertos por las aseguradoras (EPS), lo que les impide el acceso adecuado a la atención.

Tabla 4.5. Ejemplos de citas sobre dificultades en el acceso relacionadas con el modelo de competencia gestionada

| Papel de intermediación otorgado a las aseguradoras (EPS) | |
|---|---|
| Introducción de estrategias de control de la atención | “Es muy clara la diferencia cuando tú ves el comportamiento de una empresa privada frente a una pública, a un ente territorial [...], eso responde a una serie de políticas de contención de gastos y a una serie de lineamientos que establecen ellos con el ánimo de que todo salga de acuerdo al margen de rentabilidad que les permita continuar en el mercado, así sea en contra de los usuarios” (profesional administrativo IPS I nivel de atención, Red 2-S). |
| Compra de servicios a proveedores que privilegian la maximización de beneficios | “El sistema está manejado por las empresas promotoras de salud, entonces a ellos no les interesa si el paciente está bien atendido, de una forma integral, sino que aquí es más económico esto y en la otra no, porque todo gira en torno a la economía” (profesional de salud IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S). |
| Competencia entre prestadores de servicios | |
| Competencia entre proveedores públicos y privados | “Yo como hospital y como empresa quiero facturar, si tengo un repesamiento y estoy colgado es porque no tengo la estructura para atender, pero, si los hospitales partieran de que no tuvieran déficit en infraestructura, en tecnología, personal [...], sería más fácil que pudieran competir con los privados” (gerente aseguradora, Red 1-S). |
| Competencia entre proveedores propios y externos de la red | “Entrar a competir con IPS que son propias de las aseguradoras es difícil. Se puede presentar una selección dirigida de parte de las aseguradoras [...] a mis IPS, las patologías que nos convengan en términos de eficiencia y en términos de costos; y a las IPS que no hacen parte de mi red pero con las que tengo una relación comercial, llevo lo menos atractivo en términos de complejidad de atención y en términos de beneficios económicos” (gerente IPS atención especializada, Red 4-C). |

Tabla 4.6. Ejemplos de citas sobre dificultades en el acceso relacionadas con las políticas de aseguramiento

| Cobertura del Plan Obligatorio de Salud (POS) | |
|--|---|
| Diferencias en el plan de beneficios por tipo de régimen | “Dentro del subsidiado, hay subsidios plenos o totales y subsidios parciales, el parcial todavía está mucho más limitado comparativamente con el plan de beneficios del régimen contributivo, las barreras de acceso son mayores” (gerente aseguradora, Red 1-S). |
| Asignación de la atención cubierta por el POS a determinados niveles asistenciales | “En un diabético que puede estar bien controlado, que puede tener una hemoglobina glicosilada normal, puede tener una microalbuminuria negativa, que puedo hacerle todo el proceso y seguir en I nivel, ¡No, tiene que ir al internista a que le hagan todo el proceso! Entonces, ese tipo de laboratorios, cuando no son con el <i>Mapipos</i> y son de otro nivel [...], muertos” (gerente IPS I nivel de atención, Red 2-S). |

Continúa

| | |
|---|--|
| Exclusión de prestaciones del POS | “Hay ciertas cosas que no están dentro del POS, entonces el usuario tiene que ir a comprarlos, hay medicamentos que no les autorizan, hay medios de contraste que de pronto se obstaculizan” (profesional administrativo IPS atención especializada, Red 3-C). |
| Diseño segmentado del aseguramiento | |
| Existencia de dos entes responsables de garantizar la atención | “Cuando lo ve un especialista y se devuelve a su IPS y le dicen: ‘No, ese servicio es no POS, vaya a tal parte’, entonces empieza el paciente a caminar de un lado para el otro: ‘Vaya a la Secretaría, vaya al hospital, regrésese a la EPS” (profesional de salud IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S). |
| Existencia de copagos y cuotas moderadoras | |
| Copagos no asequibles para población de bajos recursos | “Hay pacientes que desafortunadamente tienen un nivel de ingresos muy bajo y para ellos una cuota moderadora, un copago, es imposible de alcanzar y eso tiene limitación” (profesional de salud IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S). |
| Dificultades en la afiliación a una aseguradora (EPS) | |
| Problemas durante el proceso de afiliación | |
| Restricción de recursos para ampliación de cobertura del régimen subsidiado | “El municipio tiene 100 cupos [...], yo vengo y afilío y ya cuando yo completo mis cupos, así ya vengan más usuarios que se quieran afiliar, no puedo, porque ya no tengo cupos” (profesional administrativo aseguradora, Red 1-S). |
| Errores en la identificación de beneficiarios del régimen subsidiado | “No se afilian al contributivo porque no quieren, tienen forma y sabemos que elude un porcentaje importante el tema de contribución en este país [...], eso dificulta que la gente que de verdad lo necesita no se pueda afiliar” (gerente aseguradora, Red 2-S). |
| Problemas tras el proceso de afiliación | |
| Inexistencia de una base de datos depurada en el régimen subsidiado a nivel gubernamental | “Son múltiples mecanismos de multifiliación, lo que limita también el acceso a los servicios de salud, o sea, el usuario al momento de la verificación de derechos será suspendido porque está entre el régimen subsidiado y el régimen contributivo hasta que cualquiera de esas dos entidades no se pronuncie. El usuario no puede subsanar su problema de salud y depende básicamente del trámite administrativo de las aseguradoras” (gerente aseguradora, Red 1-S). |
| Falta de continuidad de afiliación en el régimen contributivo | “Tenemos casos de multifiliación, hay casos de pacientes que se desafilian teniendo enfermedades catastróficas y tienen problemas porque el paciente que perdió su capacidad de cotización es atendido en principio como vinculado” (gerente aseguradora, Red 3-C). |

Tabla 4.7. Ejemplos de citas sobre dificultades de acceso relacionadas con las aseguradoras (EPS)

| Introducción de mecanismos de control de la atención | |
|---|---|
| Autorización de servicios | “Una materna que la tiene que ver el ginecólogo, el obstetra [...] la EPS-S nunca le va a negar ese servicio [...]. ¿Por qué tienen que tardar un mes en autorizarlo? No tiene razón de ser que demoren un mes para que le autoricen a una materna que es de alto riesgo para que la vea el obstetra, cuando estamos tratando de disminuir la mortalidad materna y perinatal en el municipio” (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 1-S). |
| Mecanismos de pago caputivo en el I nivel | “Lo que pasa es que eso también depende de la contratación, entonces, esto es un modelo capitado, entonces la EPS dice: ‘Bueno, yo le voy a dar a usted 10 mil usuarios, y yo por mis estudios y por mi experiencia y demás, yo calculo que usted por los 10 mil usuarios yo le voy a dar cien pesos, para que usted me atienda 10 mil usuarios, entonces, se ponen de acuerdo, ¿entonces los cien pesos que incluye?, me tiene que atender esto, esto, esto, entonces hay algunas cosas que están dentro de la cápita, entonces todo lo que se presta acá es porque está dentro de la cápita, o algunos servicios que se prestan por fuera, pero los autorizamos nosotros directamente, eso está dentro de la cápita; eso con los cien pesos que la EPS me dio yo tengo que cubrir todo eso; [...] la EPS le entrega su platica, le doy sus cien pesitos y usted con sus cien pesos me va a cubrir esta parte, todo esto es suyo, punto. Ya si algo se me sale de acá, me lo pasan a mí y yo lo pago de mi bolsillo, eso ya es una cosa aparte; entonces, dependiendo del servicio si esta acá o está allá, si es de la IPS, o está o no está capitado, sino que es de la EPS responsabilidad neta, entonces se le hace el direccionamiento, ya pues por el contrato que ha hecho el gerente de la IPS con la EPS, es por eso que él es quien determina y especifica qué es lo que se le puede ofrecer al paciente” (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C). |
| Límites en la prestación de servicios | “A nivel profesional es una barrera terrible, porque usted puede tener todas las pilas puestas para estudiar a un paciente con una racionalidad muy técnica y muy científica, pero usted no tiene cómo. Porque usted tiene, por ejemplo, diez radiografías convencionales, le llegó su onceavo paciente, le toca diferirlo para el mes siguiente” (profesional de salud IPS especializada, Red 3-C). |
| Compra de servicios a proveedores fragmentada y fuera del territorio | |
| Contratación fragmentada | “El problema es complicado [...], por eso, se dejó la contratación para que la vayamos moldeando de acuerdo a las necesidades del modelo, lo mismo la red. Por ejemplo, con el tema de cáncer, no hay una institución que te haga todo el manejo integral, entonces, eso lleva a la dispersión” (gerente aseguradora, Red 3-C). |
| Compra de servicios fuera del ámbito geográfico | “Para cualquier cosa lo mandan al otro lado de la ciudad, las ecografías las mandan a la Clínica de Chapinero, entonces tiene que pegarse el paseíto hasta Chapinero y desde acá es complicado; entonces muchas veces desertan y no se toman los exámenes porque no les dan permiso o porque les queda muy lejos del trabajo; de igual manera, para ellos gastarse uno, dos, tres transportes y eso pesa mucho” (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C). |
| Duración de los contratos y cambio de IPS contratadas | “Pero, si cambia la red y no nos avisan, pues uno sigue dando el mismo direccionamiento al paciente. ¿Cuándo descubrimos que definitivamente no es así? Cuando el paciente se devuelve diciendo no me atendieron porque dicen que no tienen convenio. Se llama a la EPS y sí, evidentemente el convenio con esa clínica ya se acabó, pero no nos habían avisado” (profesional administrativo IPS I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C). |

Tabla 4.8. Ejemplos de citas sobre dificultades de acceso relacionadas con los prestadores de servicios

| Factores estructurales que influyen en el acceso | |
|---|---|
| Recursos disponibles para una oferta de servicios adecuada al nivel de complejidad | |
| Infraestructura | “Las instalaciones físicas, la infraestructura de atención, ahí tenemos limitaciones de equipos, de recursos, que padecemos como IPS pública, pero que deberían ser subsanadas para mejorar la calidad de la atención” (profesional de salud IPS III nivel de atención/especializada, Red 1-S). |
| Disponibilidad de insumos y recursos para la atención | “Allá tienen servicio de rayos X, es un poco complicado porque muchas veces se dañó el equipo, tienen que esperar a que lo arreglen, mucho tiempo, un mes, dos meses, entonces, no tienen como la facilidad de resolver sus problemas rápidamente para ayudar al usuario, sino tiene que esperar” (usuario, Red 1-S). “Fabuloso que tuviéramos un resonador, se necesita mucho y no tenemos, nos toca recurrir a la red externa” (profesional administrativo IPS atención especializada, Red 4-C). |
| Disponibilidad de recurso humano | “Nosotros tenemos muy pocas subespecialidades aquí, pero por fuera creo que hay un otorrino y un ortopedista; cuando se necesitan subespecialidades, el paciente tiene que desplazarse al norte” (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 3-C). |
| Accesibilidad geográfica | |
| Condiciones de transporte | “Hay gente que incluso para venir a un servicio de una consulta debe madrugar desde Cazucá, mire desde semejante área geográfica tan lejos, y no siempre consiguen transporte, eso los obliga a venir desde las 4 o 5 de la mañana para venir aquí a que le atiendan a las 7 de la mañana” (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 1-S). |
| Distancias y tiempos de desplazamiento | “Hablando de la población de Soacha, acá no sería el sitio más cercano o accesible para ellos, porque puede que el paciente lo recibamos, acá se atiende, pero a la familia le va a quedar difícil desplazarse hasta acá, eso le significa atravesarse toda la ciudad” (gerente IPS atención especializada, Red 4-C). |
| Factores organizativos | |
| Dificultades en la obtención de citas | “He perdido tres citas. Me dan autorización para sacar cita con el ginecólogo y es imposible comunicarse para sacar la cita; cuando voy a mirar, tengo que volver a donde la doctora para que me la vuelva hacer porque está vencida” (usuario, Red 4-C). |
| Tiempos de espera prolongados para recibir atención | “Uno los remite a un especialista [...], hay casos en el que el paciente necesita un tratamiento y el paciente pide una cita y le sale para tres meses, entonces, digamos que son tres meses que el paciente queda en el aire; la salud del paciente puede estar en riesgo en espera de aquella cita” (profesional de salud I nivel de atención/IPS ambulatoria, Red 4-C). |
| Horarios de atención | “Influyen cuando el usuario tiene un tipo de trabajo y se cruzan con los horarios de los servicios. Entonces, cuando llegan acá, ya no hay fichas, ya se acabaron las citas. Eso dificulta aún más el acceso a los servicios” (profesional de salud IPS I nivel de atención, Red 2-S). |

Tabla 4.9. Ejemplos de citas sobre dificultades de acceso relacionadas con la población

| | |
|--|--|
| Nivel socioeconómico bajo | “Hay pacientes que desafortunadamente tienen un nivel de ingresos muy bajo y para ellos incluso una cuota moderadora, un copago, es imposible de alcanzar y eso tiene limitación” (profesional de salud ips III nivel de atención/especializada, Red 1-S). |
| Limitado conocimiento del sistema de salud y derechos de los afiliados | “Ellos no conocen el derecho que tienen a acceder a una buena red de servicios” (gerente ips I nivel de atención, Red 2-S). |
